

Lampiran 1 Tabel Data Literature

Kode Artikel	Penulis , Tahun Terbit	Sumber	Judul	Metode Penelitian
[1]	(Zahara, Amalia Rahmi, & Susi Susanti, 2021)	Artikel Health Sains: p-ISSN: 2723-4339 e-ISSN: 2548-1398 Vol. 2, No. 7, Juli 2021	Analisis Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap RSUD Lembang	Deskriptif
[2]	(Tarigan, Lestari, & Darmawan, 2022)	Artikel Ekonomi Kesehatan : p-ISSN : 2527-8878 e-ISSN: 2598-3849 Vol. 7, No. 2, 2022	Penundaan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Indonesia : Sebuah <i>Scooping Review</i>	<i>Scooping review</i>
[3]	(Akweongo <i>et al.</i> , 2021)	PloS ONE (Research Article) Vol. 16 DOI : 10.1371/journal.pone.0247397	How Does it Affect Service Delivery Under the National Health Insurance Scheme in Ghana? Health Providers and Insurance Managers Perspective on Submission and Reimbursement of Claim	Kualitatif
[4]	Mustika Kurniawati, Tuty Satrijawati, Tuti Hariyanto, 2020	<i>CHMK Health Journal</i> , (Vol. 4 No. 3), September 2020.	Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim.	Deskriptif
[5]	Christin,E.,& Achadi, A. (2023)	TINJAUAN SISTEMATIS. PREPOTIF : Artikel Kesehatan Masyarakat, Vo. 6 No.(3), 1781–1793. https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i3.7864	Analisis Resiko Upcoding Terhadap Kejadian Fraud di Era JKN : Tinjauan Sistematis	<i>Systematic review</i>

[6]	Putri, N. K. A., Karjono, & Uktutias, S. A. M. (2019).	Artikel Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo, Vol.5 No.(2), 134–143.	Faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Artikel Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo	Kualitati f deskripti f
[7]	Aditya Pradani, Lelonowati, & Sujianto, 2017.	JMMR (<i>Artikel Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit</i>), Vol.6 No. (2): 112-121, Juli 2017 Website: http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs DOI: 10.18196/jmmr.6134	Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya?	Deskripti f Kualitati f
[8]	Dwi Astuti, Chotimah, & Khodijah Parinduri, (2021)	PROMOTOR Artikel Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. Vol. 4 No. 3, Juni 2021	Analisis Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS Di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018	Kualitati f
[9]	Coustasse, Layton, Nelson, & Walker, 2021	<i>Perspective in health information management (2021)</i> , Hal.1-15 (Vol.18 No 4).	Upcoding Medicare : Is Healthcare Fraud And Abuse Increasing?	Systematic Review
[10]	Anyaprita et al , 2020	Muhammadiyah <i>Public Health Journal</i> (2020) , Hal- 1-77 (Vol.1 No.1) 2723-4266	Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura	Kualitati f
[11]	Sugiarti, Masturoh, & Fadly, (2021)	Artikel Kesehatan Vokasional, (Vol. 7 No. 1) (Februari 2022) ISSN 2541-0644 (print), ISSN 2599-3275 (online) DOI https://doi.org/10.22146/jkesvo.69065	Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit.	Kualitati f
[12]	(Putri, 2022)	<i>Administration & Health Information of</i>	Tinjauan Pelaksanaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Di Rumah Sakit Tk. Iii Dr. Reksodiwiryo Padang	Kualitati f

Pada lampiran ini dijelaskan hasil dari pengelompokan ekstraksi dari jurnal-jurnal yang dipilih oleh peneliti menggunakan seleksi studi (Gambar 2.1). Pengelompokan berdasarkan judul, nama peneliti, judul, metode penelitian dan nama jurnal.

Lampiran 2 Hasil Artikel yang Digunakan

Artikel [1]	
Judul	Analisis Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap RSUD Lembang
Penulis, Tahun	Zahara, Amalia Rahmi, & Susi Susanti, 2021
Metode	Deskriptif
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui gambaran Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap RSUD Lembang. b. Identifikasi pelaksanaan alur klaim pasien JKN di RSUD Lembang.
Abstrak	<p>Pelaksanaan Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Lembang dalam Pelaksanaannya Prosedur Klaim Jaminan Kesehatan Nasional berpedoman pada surat perjanjian kerja sama antara RSUD Lembang dengan BPJS cabang Cimahi. Berdasarkan hasil wawancara petugas masih menemukan kendala meliputi, tidak lengkapnya data penunjang medik, persyaratan administrasi yang masih kurang, seperti pasien yang tidak membawa ktp, kartu keluarga, mengakibatkan pengisian berkas identitas pasien tidak diisi dengan lengkap, kartu bpjs yg tidak aktif, serta hilangnya surat rujukan menyebabkan prosedur klaim terhambat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui</p>

Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap di RSUD Lembang. Metode yang digunakan yaitu menggunakan metode wawancara dan observasi. Jenis Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Petugas bagian assembling, koding dan juga bagian entry data INA CBGs berperan sebagai subjek, sedangkan obyek penelitian ini yakni mengenai Prosedur Klaim JKN pasien rawat inap di RSUD Lembang. Proses pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi.

Simpulan

1. Penerapan prosedur klaim di RSUD Lembang dalam pelaksanaannya berpedoman pada surat perjanjian kerjasama antara RSUD Lembang dengan BPJS Cabang Cimahi tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional no: 60/ KTR/ V- 09/ 0521 serta no: 440/ 003/ PKS/ V/ RSUD/ 2021.
2. Hambatan yang kerap terjadi dan upaya terkait Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Rawat Inap RSUD Lembang meliputi, Minimnya pengetahuan pasien mengenai keaktifan kartu BPJS yang diakibatkan sebab penunggakan iuran ataupun premi yang lupa belum dibayarkan tiap bulannya, ketidak tahuan pasien tentang persyaratan yang wajib dibawa seperti fotocopy ktp, kartu keluarga, Tidak lengkapnya pengisian lembar resume, Belum lengkapnya informasi penunjang medis.

Judul	Penundaan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Indonesia.
Penulis, Tahun	Tarigan, Lestari, & Darmawan, 2022.
Metode	<i>Scoping Review</i>
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi besarnya permasalahan penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan di rumah sakit pemerintah. b. Faktor apa saja yang mempengaruhi penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan di rumah sakit pemerintah.
Abstrak	<p>Sejak pertama kali diimplementasikan, pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) semakin meningkat setiap tahun. Saat ini hampir semua rumah sakit melayani pasien JKN. Namun demikian, proses pembayaran klaim JKN tidak berjalan dengan mulus serta sering terjadi penundaan pembayaran. Hal ini menyebabkan hambatan di rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah yang mayoritas pasiennya adalah pasien JKN. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya penundaan pembayaran klaim serta faktor-faktor apa yang terlibat dalam penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) di rumah sakit pemerintah. Studi ini dilakukan dengan metode scoping review dengan pedoman Arksey dan O'Malley. Studi dilakukan dengan mengikutsertakan publikasi dari tahun 2014 hingga 2022. Pencarian literatur dilakukan pada 3 database elektronik dan pencarian tambahan, menemukan sebanyak 530 studi. Sebanyak 35 studi dianalisis dalam penelitian ini, terdiri atas rumah sakit tipe A hingga D, milik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Studi menemukan bahwa besar penundaan pembayaran klaim pasien JKN sekitar 2,5-47,7%</p>

per bulannya. Adapun beberapa faktor yang ditemukan erat hubungannya penundaan pembayaran klaim ini adalah kelengkapan administrasi, jumlah tenaga, kemampuan dan ketelitian koder, kelengkapan penulisan resume medis oleh dokter penanggung jawab pasien, komunikasi yang baik antara dokter penanggung jawab pasien dan koder, pemanfaatan verifikator internal, dukungan sarana dan prasarana serta adanya standar prosedur operasional.

Simpulan

1. Besar penundaan pembayaran klaim pasien JKN sekitar 2,5-47,7% per bulannya, dengan proporsi yang hampir sama pada semua kelas rumah sakit (6-31% di rumah sakit tipe A, 3-47,7% di rumah sakit tipe B dan 13-33,6% di rumah sakit tipe C).
2. Adapun beberapa faktor yang ditemukan erat hubungannya dengan penundaan pembayaran klaim adalah kelengkapan administrasi, jumlah tenaga, kemampuan dan ketelitian koder, kelengkapan penulisan resume medis oleh DPJP, komunikasi yang baik antara DPJP dan koder, pemanfaatan verifikator internal, dukungan sarana dan prasarana serta adanya SOP.
3. Faktor yang paling banyak dilaporkan berkaitan dengan kejadian penundaan pembayaran klaim adalah kemampuan dan ketelitian koder.

Artikel [3]

Judul

How Does it Affect Service Delivery Under the National Health Insurance Scheme in Ghana? Health Providers and Insurance Managers Perspective on Submission and Reimbursement of Claim.

Penulis, Tahun	Akweongo <i>et al.</i> , 2021
Metode	Deskriptif Kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor terbesar penghambat klaim kesehatan di Ghana. b. Identifikasi dampak terbesar dsri permasalahan klaim yang sedng dihadapi.
Abstrak	<p>Pemanfaatan asuransi kesehatan yang tidak merata dan tidak terakumulasi seiap penggunaannya menjadikan masyarakat tidak merasakan adanya bantuan asuransi kesehatan. Faktor tebesar dari penghambat pemberian layanan terkhusus pengguna asuransi di negara Ghana adalah permasalahan yang muncul saat proses klaim yakni mengalami keterlambatan dalam setiap pengajuannya yang mana hal tersebut dianggap gangguan terbesar di berbagai rumah sakit yang berada di Ghana karena program jaminan kesehatan sangat berarti bagi keseluruhan penduduk di Ghana.</p>
Simpulan	<p>Berdasarkan interpretasi data, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan layanan kesehatan dan kualitas hidup bagi sebagian besar masyarakat yang tidak mampu membayar layanan kesehatan sehingga mendukung tujuan jaminan kesehatan universal. Penundaan pembayaran klaim yang tidak semestinya, mengancam kemampuan skema untuk bekerja secara memadai. Perkembangan ini berdampak negatif terhadap penyediaan layanan kesehatan kepada klien yang diasuransikan. Sebagai kebutuhan kesehatan masyarakat terus meningkat, dan biaya diperkirakan akan meningkat. Dengan demikian, kolaborasi yang efektif dari seluruh pemangku kepentingan diperlukan untuk mengembangkan strategi jangka panjang untuk mengurangi biaya dan penundaan yang lama dalam penggantian</p>

	klaim ke fasilitas kesehatan yang terpercaya dan meningkatkan mandat pemberian layanan kesehatannya.
	Artikel [4]
Penulis, Tahun	Mustika Kurniawati, Tuty Satrijawati, Tuti Hariyanto, 2020
Judul	Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim.
Metode	Deskriptif Kualitatif
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi SOP tentang prosedur proses klaim di beberapa rumah sakit di Malang. b. Tinjauan Pelaksanaan SOP di rumah sakit. c. Identifikasi permasalahan klaim di rumah sakit.
Abstrak	<p>BPJS kesehatan akan melakukan pembayaran klaim BPJS kepada rumah sakit rujukan apabila rumah sakit sudah menyelesaikan kewajibannya yaitu mengajukan dan melengkapi administrasi klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan data kunjungan pada bulan Juli 2018, Rumah sakit X di kota Malang yang merupakan provider BPJS Kesehatan sejak tahun 2014, masih mengalami pengembalian berkas administrasi klaim BPJS Kesehatan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Dari 882 berkas administrasi klaim BPJS yang diajukan, sebanyak 31 (3,51 %) berkas yang dikembalikan, dan sebagian besar berasal dari unit rawat inap yaitu 26 (2,95 %), sedangkan dari unit rawat jalan yang dikembalikan hanya seperlima (1/5) dari total berkas pasien BPJS. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui akar masalah pengembalian berkas administrasi klaim BPJS. Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif, dengan cara Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dengan tim yang</p>

	<p>terkait dalam kelengkapan administrasi klaim BPJS, jumlah tim sebanyak 6 orang. Hasil penelitian diperoleh bahwa faktor- faktor yang berpengaruh terhadap kelengkapan administrasi klaim BPJS yaitu peranan tim casemix dan unit-unit terkait belum berjalan optimal. Hal ini disebabkan karena belum adanya Regulasi dari Rumah Sakit berupa Panduan, Pedoman maupun SPO Casemix, hanya ada SK pembentukan tim Casemix. Pemecahan masalah rumah sakit membuat Regulasi berupa Panduan Casemix.</p>
Simpulan	<p>Beberapa akar masalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS kesehatan di rumah sakit X adalah kurangnya pemahaman petugas kesehatan di rawat jalan dan unit rawat inap dalam hal pengisian lembar resume medis pasien. Perlunya suatu prosedur yang mengatur alur dan persyaratan kelengkapan berkas administrasi klaim BPJS, dan perlunya pelatihan pada petugas kesehatan dan tim casemix untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas petugas.</p>
	Artikel [5]
Penulis, Tahun	Christin,E.,& Achadi, A. (2023)
Judul	Analisis Resiko Upcoding Terhadap Kejadian Fraud di Era JKN : Tinjauan Sistematis
Metode	<i>Systematic Review.</i>
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi risiko yang disebabkan oleh upcoding terhadap kejadian fraud di era JKN. b. Identifikasi dampak <i>fraud</i> terhadap rumah sakit.
Abstrak	<p>Fraud merupakan tindakan kecurangan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan. Kasus perkembangan fraud terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2017, ICW (Indonesia Corruption Watch) menemukan adanya 49 dugaan fraud yang dilakukan oleh FKRTL dan FKTP. Tujuan dari penelitian ini</p>

adalah untuk mengetahui risiko yang disebabkan oleh upcoding terhadap kejadian fraud di era JKN agar dapat menjadi informasi bagi pemangku kebijakan kesehatan terkait kebijakan nasional pencegahan fraud. Penelitian ini merupakan sebuah tinjauan sistematis (systematic review) dengan menggunakan panduan PRISMA dalam penyusunannya. Pencarian artikel didapatkan melalui pubmed, APFJ (Asia Pacific Fraud Journal), dan google scholar. Berdasarkan review artikel penelitian dapat diketahui bahwa upcoding merupakan salah satu potensi fraud yang marak dilakukan oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan, kejadian upcoding sering diidentikkan dengan peran koder dan DPJP. Bentuk kegiatan upcoding yang sering ditemui adalah adanya perbedaan penggunaan sistem pembayaran yang menyebabkan perbedaan pemahaman antara verifikator, koder dan DPJP tentang diagnosis, kesalahan koder dalam pembacaan diagnosis yang ditulis oleh DPJP, tidak akuratnya kode diagnosis, perbedaan penggunaan perangkat lunak rumah sakit dengan software INA-CBGs yang berpotensi menimbulkan keuntungan bagi pihak rumah sakit.

Artikel [6]

Penulis , Tahun	Putri, N. K. A., Karjono, & Uktutias, S. A. M. (2019).
Judul	Faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.
Metode	Deskriptif Kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi Prosedur klaim pasien rawat inap di rumah sakit. Identifikasi kelengkapan berkas untuk syarat pengajuan klaim.

	<p>c. Identifikasi faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim pasien rawat inap.</p>
Abstrak	<p>Masalah yang didapat bahwa pelaksanaan klaim BPJS dalam penyerahan berkas klaim pasien rawat inap kepada kantor BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan yang jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan rancangan cross sectional. Subyek penelitian adalah Kepala Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi, Petugas klaim pasien rawat inap. Hasil penelitian waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas verifikasi administrasi sampai berkas dientry membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas. Kelengkapan persyaratan berkas klaim terdapat 35 % persyaratan berkas klaim tidak lengkap dan harus dikembalikan lagi keruang perawatan, kembalinya berkas klaim ke ruang perawatan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim. Dilihat dari jumlah dan kompetensi sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dan masih ada beberapa petugas pengelolaan klaim yang masih belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya.</p>
Simpulan	<p>Bedasarkan analisa pada penyebab keterlambatan penyerahan berkas disebabkan oleh, Jumlah sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim, dinilai masih belum tercukupi karena jumlah petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pada</p>

	<p>pasien rawat inap hanya berjumlah 5 orang sedangkan berkas klaim yang diajukan sebanyak 11.346 berkas pada tahun 2018 dan sebanyak 10.644 berkas pada tahun 2017 itu yang menyebabkan beban kerja yang diterima banyak.</p>
	Artikel [7]
Penulis, Tahun	Aditya Pradani, Lelonowati, & Sujianto, 2017.
Judul	Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya?
Metode	Deskriptif Kualitatif
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi permasalahan saat proses klaim. Identifikasi prosedur klaim.
Abstrak	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis akar masalah dan solusi terbaik keterlambatan pengumpulan berkas verifikasi klaim BPJS ke IJP (Instalasi Jaminan Pembiayaan) di rumah sakit. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang menggunakan metode Focus Group Discussion, diagram Fishbone dan pertanyaan “5 Why” untuk mencari akar masalah. Setelah diketahui akar masalah dilakukan pemilihan alternatif solusi dengan metode Nominal Group Technique (NGT) dan Capability Accessibility Readiness and Leverage (CARL). Kegiatan ini melibatkan 2 staf manajemen, 3 staf IJP, 2 petugas apotik, dan 7 perawat IGD, rawat jalan dan rawat inap. Hasil penelitian ini adalah solusi terbaik berupa pembuatan umpan balik tertulis oleh IJP untuk seluruh unit pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diharapkan dapat mengatasi keterlambatan pengumpulan berkas verifikasi klaim BPJS ke IJP.</p>
Simpulan	<p>Bedasarkan analisa penyebab keterlambatan penyerahan berkas klaim disebabkan oleh, Keterlambatan berkas verifikasi BPJS masuk ke IJP lebih dari 2x24 jam yang disebabkan</p>

	<p>lambatnya pengisian rekam medis oleh DPJP dan pengantarannya ke ruang IJP menyebabkan keterlambatan turunnya dana BPJS ke rumah sakit. Umpan balik tertulis merupakan solusi terbaik untuk mengatasi masalah tersebut.</p> <p>Apabila hal ini sukses dilaksanakan, dapat terjadi perubahan-perubahan positif bagi rumah sakit dalam hal manajemen klinis dan keuangan rumah sakit.</p>
	Artikel [8]
Penulis , Tahun	Dwi Astuti, Chotimah, & Khodijah Parinduri, (2021)
Judul	Analisis Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS Di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018.
Metode	Deskriptif Kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab hambatan proses klaim. Identifikasi dampak dari permasalahan proses klaim.
Abstrak	<p>Sejak ditetapkan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia sejak 2004, rumah sakit diseluruh Indonesia secara bertahap diwajibkan untuk bekerja sama dengan BPJS. Berlakunya sistem ini diharapkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat. Namun dalam pelaksanaannya terdapat berbagai kendala yang menyebabkan terganggunya kinerja rumah sakit berkenaan dengan cashflow atau kendali biaya rumah sakit. Salah satu penyebabnya adalah berkas klaim yang diserahkan kepada BPJS tidak sesuai dengan ketentuan klaim sehingga klaim tidak dibayarkan dan menyebabkan kerugian bagi rumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis gambaran faktor input, proses dan output dari keterlambatan pemrosesan klaim BPJS di RSUD Leuwiliang. Penelitian ini</p>

menggunakan metode kualitatif dengan menggunakan pendekatan sistem melalui wawancara mendalam dan observasi. Hasil penelitian dari komponen input terkait jumlah SDM masih kurang, beban kerja yang ganda, pelatihan SDM masih kurang, dimana SIMRS belum berjalan maksimal, tidak adanya dana insentif dan masih terdapat ruangan yang tidak memiliki SOP. proses terkait alur proses klaim sudah berjalan namun masih terdapat kendala dalam penginputan proses klaim antara lain jaringan internet eror, ketidak lengkapan berkas, double berkas, keterlambatan berkas, salah koder, hasil penunjang tidak lengkap, tulisan dokter sulit dibaca. output terdapat selisih berkas yang artinya masih ada dana rumah sakit yang belum dibayarkan dan masih ada yang ditolak oleh BPJS pada rawat jalan yang ditolak sebanyak 1.586 berkas klaim dan rawat inap yang ditolak sebanyak 1.319 berkas klaim.

Simpulan

Bedasarkan analisa faktor yang menghambat proses klaim BPJS di RSUD Lembang Bogor disimpulkan sebagai berikut :

1. SDM untuk pelayanan di RSUD Leuwiliang sudah cukup, namun beban kerja yang ganda. SDM untuk tim casemix sudah ada namun pekerjaan terlimpahkan pada satu orang sehingga penginputan klaim menjadi lama. Pelatihan SDM masih kurang.
 2. Alur proses pengklaiman sudah berjalan dengan baik namun masih ada beberapa kendala dalam penginputan proses klaim antara lain jaringan internet eror, ketidak lengkapan berkas, double berkas, keterlambatan berkas, salah koder, hasil
-

	penunjang tidak lengkap, tulisan dokter sulit dibaca.
	Artikel [9]
Penulis , Tahun	Coustasse, Layton, Nelson, & Walker, 2021.
Judul	Upcoding Medicare : Is Healthcare Fraud and Abuse Increasing?
Metode	<i>Systematic Review.</i>
Tujuan Khusus	Identifikasi hambatan dalam proses klaim.
Abstrak	<p>Penipuan Medicare telah menjadi penyebab kelebihan pembayaran klaim hingga \$60 miliar pada tahun 2015 saja. Pengkodean diagnosa ulang terjadi ketika penyedia layanan kesehatan telah mengirimkan kode untuk kondisi yang lebih parah daripada yang didiagnosis, agar pasien menerima penggantian yang lebih tinggi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai dampaknya penipuan pelayanan kesehatan untuk menentukan besarnya <i>upcoding</i> rawat inap dan rawat jalan klaim selama penggantian. Metodologi penelitian ini menggunakan tinjauan literatur. Tinjauan literatur menganalisis dokter <i>upcoding</i> sepanjang infeksi saat masuk, <i>upcoding</i> kelompok terkait diagnostik, departemen darurat, dan <i>upcoding</i> klinik. Ditemukan bahwa <i>upcoding</i> berdampak pada pembayaran pelayanan kesehatan dan penipuan klaim . Penipuan pelayanan kesehatan telah dilaporkan sebagai besarnya tindakan <i>upcoding</i> klaim rawat inap dan rawat jalan di seluruh penggantian biaya pelayanan kesehatan . Selain itu, aktivitas penipuan telah meningkat dengan tindakan <i>upcoding</i> untuk biaya rawat inap rawat jalan dan rawat jalan untuk pasien.</p>
Simpulan	Penelitian mengenai tindakan <i>Upcoding</i> dapat disimpulkan, klaim diagnosa pasien pengguna asuransi untuk menerima penggantian yang lebih

tinggi telah menunjukkan peningkatan pembayaran dari tunggakan . Tinjauan ini memastikan bahwa *upcoding* terlalu sering terjadi praktik perawatan kesehatan, menunjukkan penipuan dan penyalahgunaan kode diagnosa pasien . Pelatihan berkelanjutan harus dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan untuk menghindari terlibat dalam *upcoding*. Selain itu, sistem penghargaan saat ini juga mendorong pelapor untuk mengungkapkan jenis penipuan ini harus dipromosikan dalam layanan kesehatan dan pasien.

Artikel [10]

Judul	Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura.
Penulis, Tahun	Anyaprita <i>et al</i> , 2020
Metode	Kualitatif
Tujuan Khusus	Identifikasi hambatan proses klaim.
Abstrak	Rumah Sakit Islam Jakarta (RSIJ) Sukapura adalah salah satu rumah sakit amal usaha Muhammadiyah dibawah kendali Pimpinan Pusat Muhammadiyah. Sebagai rumah sakit swasta yang bersifat non profit, biaya operasional RSIJ Sukapura keseluruhannya didapatkan dari biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk pelayanan yang diterimanya. Pasien membiayai pelayanannya dengan berbagai cara yaitu dengan Asuransi, Perusahaan/Institusi dan Pribadi. Salah satu perusahaan asuransi yang sekarang bekerjasama dengan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. RSIJ Sukapura telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Mekanisme

pengajuan dan pembayaran klaim manfaat layanan BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-undang Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya. Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan mengembalikan klaim ke Fasilitas Kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim. Klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat lima belas hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan. Pada awal RSIJ Sukapura bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pembayaran klaim terhadap jasa pelayanan yang diterima peserta BPJS Kesehatan berjalan sesuai dengan undang-undang yang berlaku. Namun sejak Juli tahun 2017 pembayaran klaim tersebut mulai terlambat. Penelitian ini adalah mengetahui menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim pelayanan BPJS Kesehatan dan bagaimanakah dampak keterlambatan pembayaran klaim BPJS terhadap mutu pelayanan RS. Islam Jakarta Sukapura.

Simpulan

1. Faktor yang mempengaruhi pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSIJ Sukapura ada 2 faktor yaitu faktor internal (Pengiriman berkas klaim ke BPJS Kesehatan yang terlambat, komunikasi antar unit yang terlibat dalam pengiriman berkas klaim, pengiriman berkas klaim yang tidak lengkap) dan factor eksternal (Proses verifikasi klaim
-

membutuhkan waktu, persoalan sistem dan keuangan Pusat, pemasukan premi ke BPJS Kesehatan tidak sebanding dengan pembayaran klaim, defisit Anggaran).

2. Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas RSII Sukapura. Hal ini mempengaruhi kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran rumah sakit.

Artikel [11]

Judul	Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit.
Penulis, tahun	Sugiarti Ida., Masturoh Imas., Fadly Fery, 2021.
Metode Penelitian	Deskriptif Kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .
Tujuan Khusus	Identifikasi hambatan proses klaim
Abstrak	Negara mengalami kerugian ketika BPJS Kesehatan harus mengganti biaya klaim lebih tinggi, akibat fraud (BPJS Kesehatan, 2015). Fraud atau perbuatan curang merupakan kesengajaan yang dilakukan dengan untuk mendapatkan keuntungan finansial sehingga berpotensi merugikan negara dan menyebabkan mutu pelayanan kesehatan menurun (Kemenkes, 2019), (Djasri, Rahma and Hasri, 2016). WHO memperkirakan perawatan kesehatan global tahunan adalah US \$ 5,7 triliun. Setiap tahun, 7,29% dari itu, atau sekitar US \$ 415 miliar, hilang karena fraud (dan error)(Jones and Jing, 2011). Kasus fraud naik 83% dari 2017, beberapa di antaranya terkait pengadaan, asuransi

kesehatan, dan perjalanan (Ravelo, 2019). Potensi bentuk fraud yang ditemukan di kelompok provider diantaranya adalah upcoding. Bentuk fraud lainnya inflated bills, service unbundling, no medical value dan standard of care (Djasri, Rahma and Hasri, 2016). Kajian tentang fraud di rumah sakit, menempatkan upcoding pada posisi teratas (KSI, 2016). Upcoding atau penulisan kode diagnosis yang berlebihan terdapat dalam rekam medis pasien. Hasil penelitian terkait dengan kesalahan koding pada kasus gastroenteritis acute terdapat sebanyak 63 kasus (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2016). Hasil penelitian (Puspitasari and Kusumawati, 2017), didapat sebanyak 168 (33%) merupakan kode yang tidak tepat. Terdapat banyak penelitian lain yang berhubungan dengan ketidaktepatan kode diagnosis (Windari and Kristijono, 2016a), (Rusliyanti, 2016), (Ayu and Ernawati, 2012). Data dalam rekam medis dapat digunakan sebagai bahan deteksi potensi fraud, melalui telusur kode diagnosis dan telusur clinical pathway melalui rekaman pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Simpulan

Bedasarkan penelitian terhadap kasus *fraud* di rumah sakit disimpulkan bahwa, *fraud* berpotensi terjadi di rumah sakit, karena ketidaktepatan koding sehingga menjadi upcoding. Upcoding tidak selalu disebut fraud, harus ada unsur kesengajaan untuk mendatangkan keuntungan finansial. apat merubah klaim menjadi lebih tinggi. Hal ini disebabkan karena perbedaan kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan kode yang digunakan untuk pelaksanaan klaim yang mengacu pada peraturan yang dibuat oleh BPJS.

Artikel [12]

Judul	Tinjauan Pelaksanaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Di Rumah Sakit Tk. Iii Dr. Reksodiwiryono Padang.
Penulis, tahun	Putri, 2022
Metode Penelitian	Kualitatif
Tujuan Khusus	a. Identifikasi permasalahan saat proses klaim. b. Identifikasi prosedur klaim.
Abstrak	<p>Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang telah dicetuskan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Jaminan Sosial Nasional dilaksanakan oleh BPJS dimana terbagi menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk JKN akan dijalankan oleh BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya sudah dilakukan dari 1 Januari 2014. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim merupakan tuntutan pengakuan atas sebuah fakta bahwa seseorang memiliki hak atas sesuatu. Sehingga dapat diartikan bahwa klaim JKN adalah suatu pengajuan atas biaya perawatan pasien JKN oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan selaku badan penyelenggara jaminan kesehatan berdasarkan persyaratan yang telah disepakati, dimana di dalamnya terdapat diagnosa pasien dan segala tindakan pelayanan yang diberikan untuk selanjutnya diminta kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Pada kegiatan pelaksanaan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan memiliki langkah diantaranya verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan pasien, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Tidak lengkapnya berkas klaim menyebabkan terlambatnya pengajuan klaim atau berkas klaim yang diajukan tidak dapat diklaimkan, di sisi lain keterlambatan ini dapat menyebabkan terhambatnya pencairan</p>

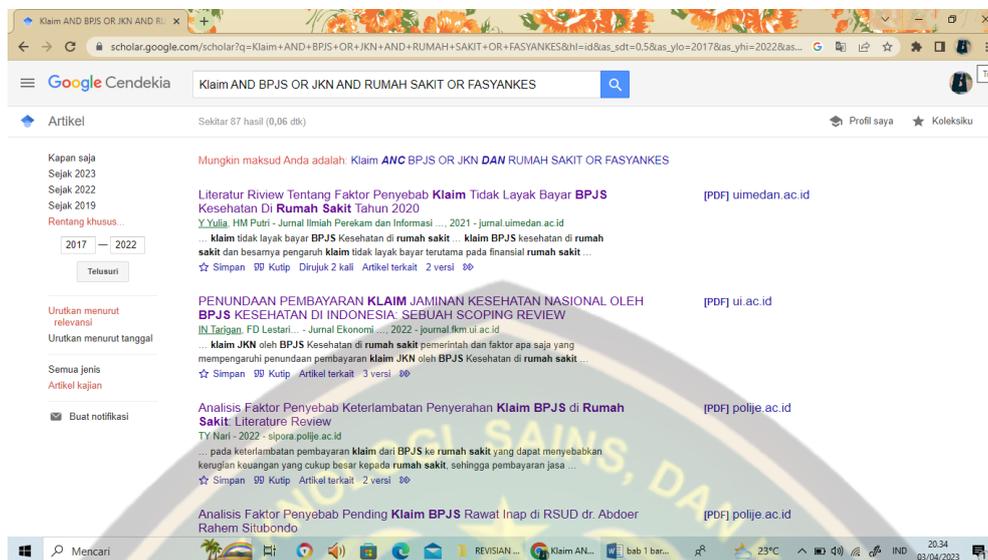
dana yang akan diterima oleh rumah sakit (Supriadi dan Rosania, 2019).

Simpulan

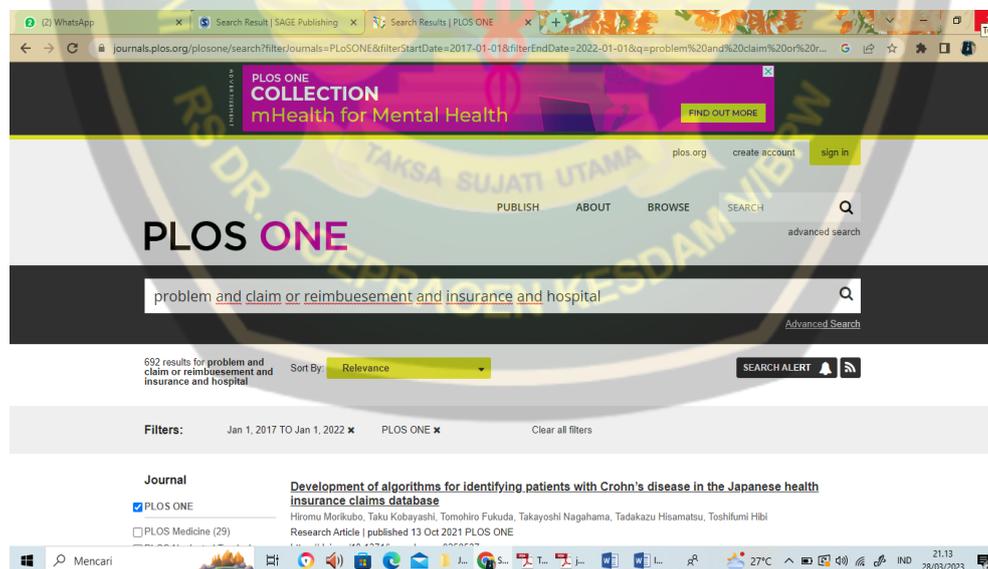
1. Pengetahuan petugas di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryono Padang tentang proses pengajuan klaim masih kurang karena belum pernah membaca SOP pengajuan klaim, masa kerja petugas juga belum lama, serta kekurangan SDM pada untuk kegiatan pengajuan klaim rawat inap.
2. Pelaksanaan klaim di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryono Padang belum tergolong lancar, dapat dilihat dari perbedaan persepsi antar petugas saat meng-input kode, resume medis serta tidak lengkapnya bukti penunjang. Sehingga berdampak pada terjadinya pending klaim.



Lampiran 1. Screenshoot Pencarian Literatur melalui Database.



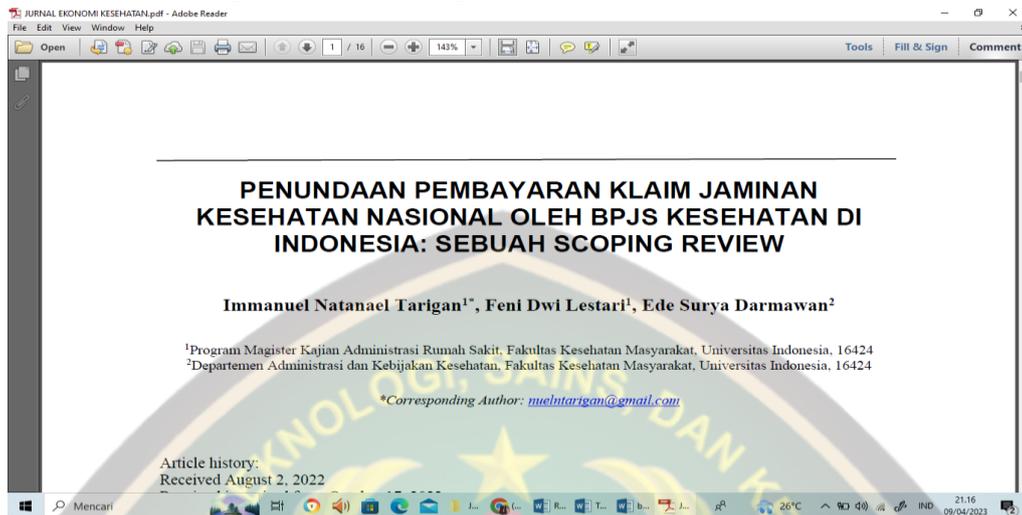
Kata kunci yang diinput untuk mencari referensi artikel dan artikel lain pada database nasional yakni *Google Scholar* adalah : Klaim, , BPJS, JKN, rumah sakit, fasyankes.



Kata kunci yang diinput untuk mencari referensi artikel Internasional pada database *Plos One* adalah *Claim, reimbursement, insurance, hospital, dan health care.*

Lampiran 4 Artikel yang Digunakan

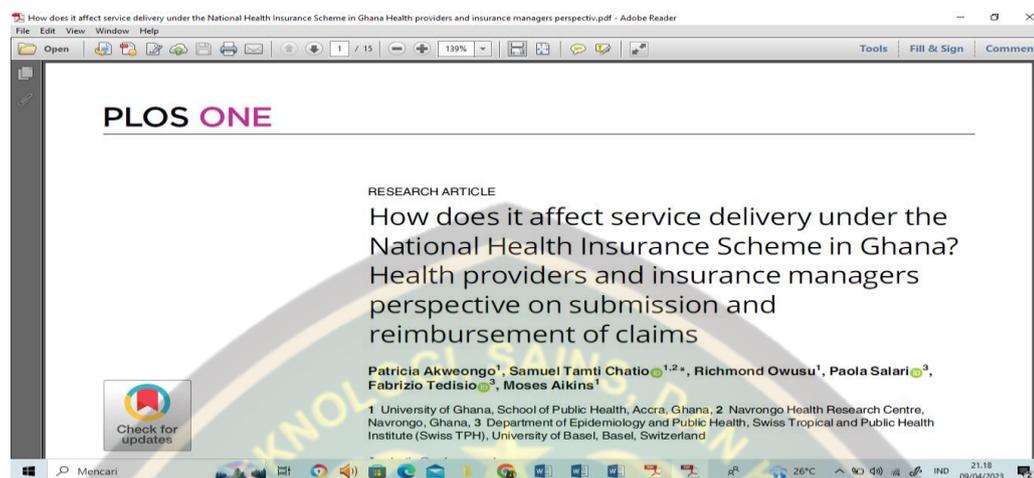
Artikel 1 : Analisis Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap RSUD Lembang.



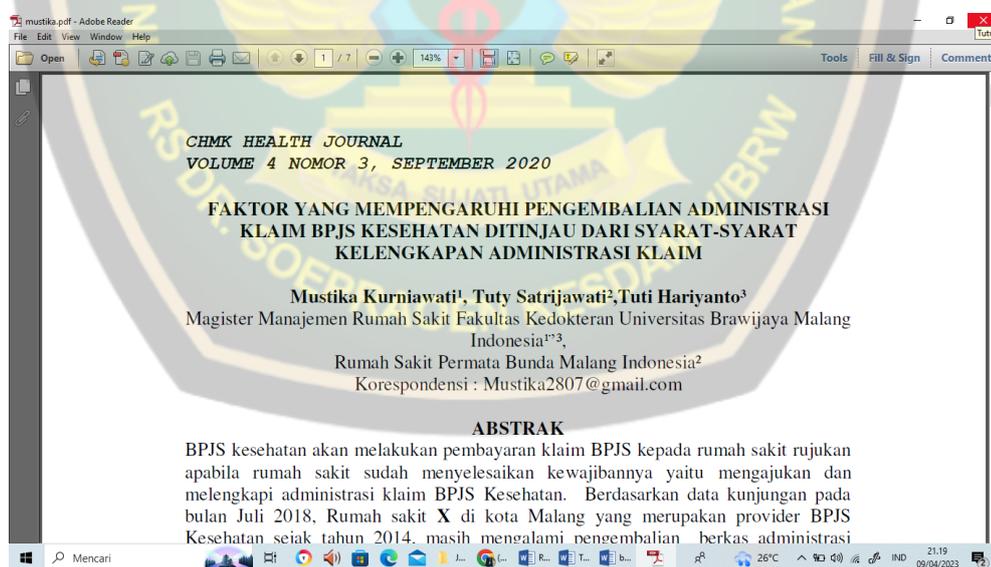
Artikel 2: Penundaan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Indonesias : Sebuah *Scoping Review*.



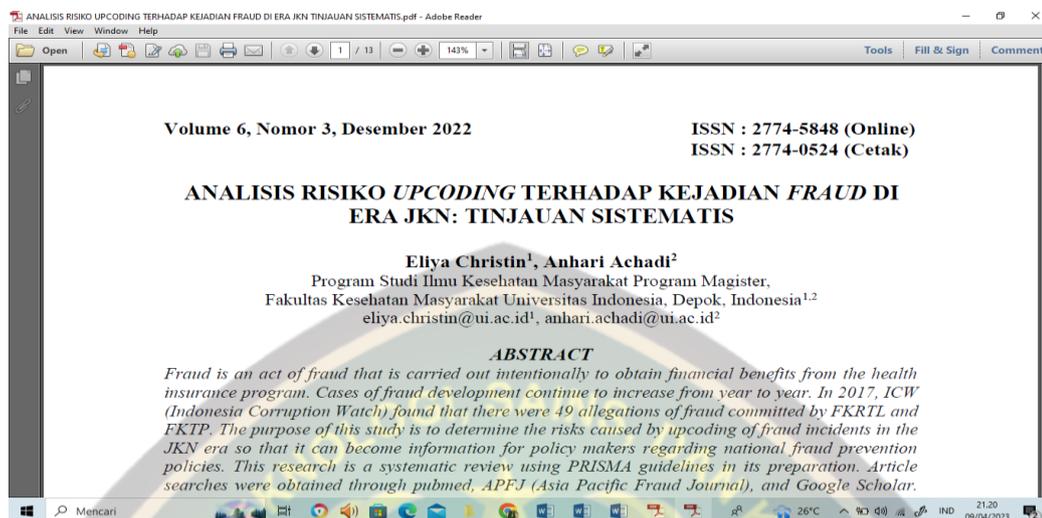
Artikel 3 : How Does it Affect Service Delivery Under the National Health Insurance Scheme in Ghana? Health Providers and Insurance Managers Perspective on Submission and Reimbursement of Claim.



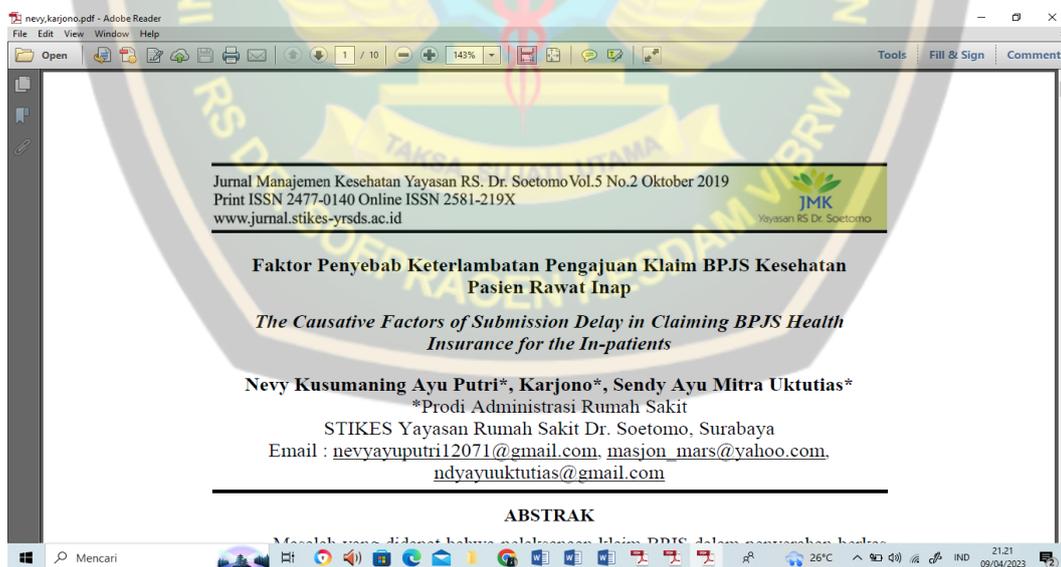
Artikel 4 : Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim.



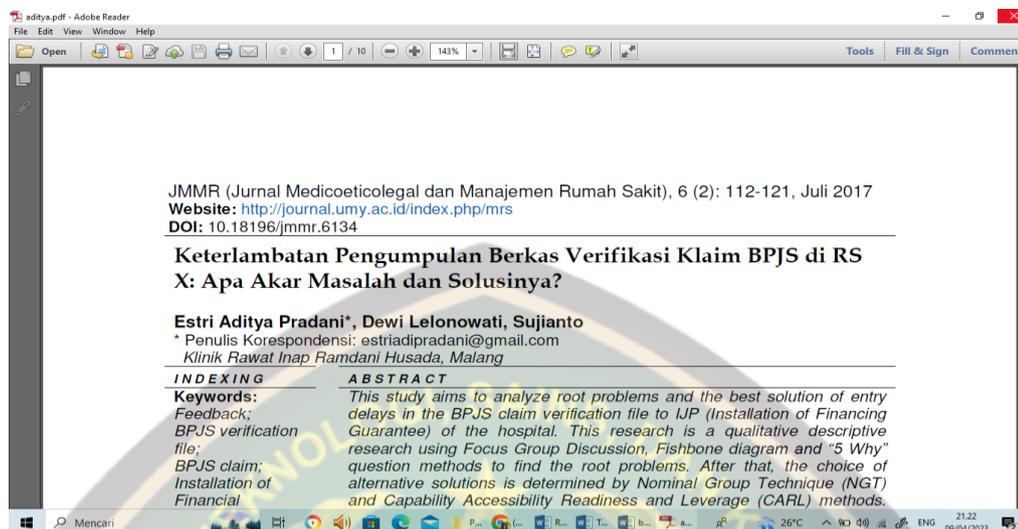
Artikel 5: Analisis Resiko Upcoding Terhadap Kejadian Fraud di Era JKN
: Tinjauan Sistematis.



Artikel 6: Faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Artikel Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo.



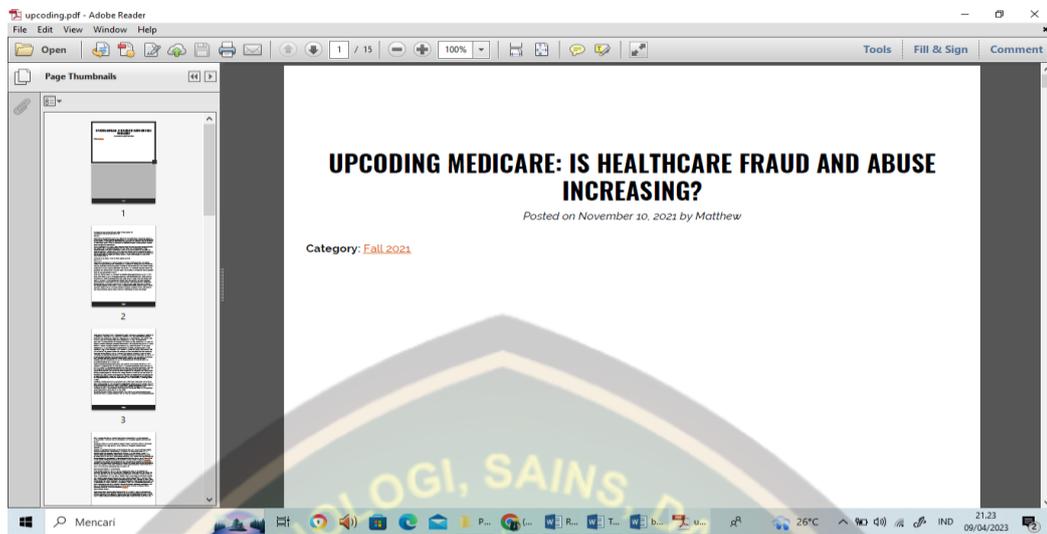
Artikel 7: Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya.



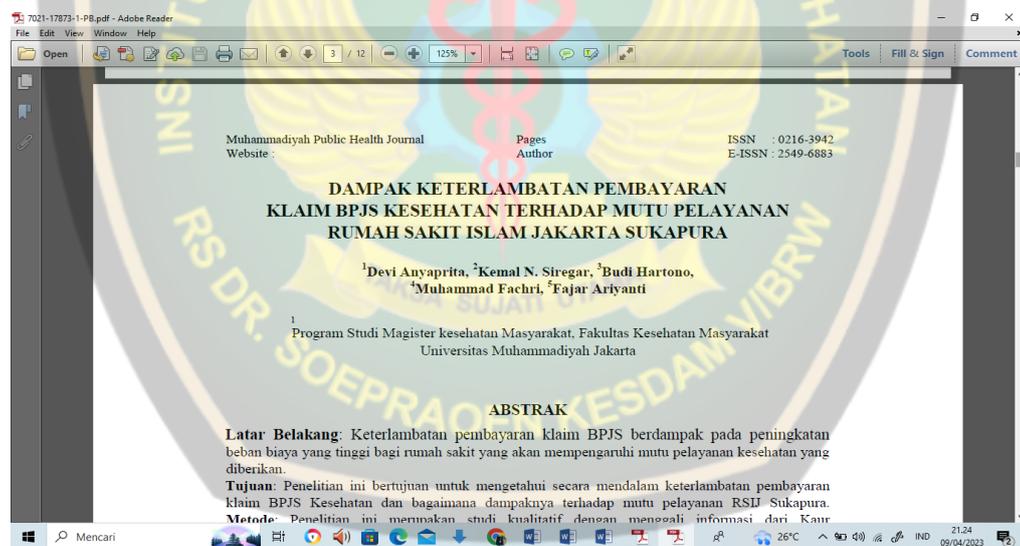
Artikel 8: Analisis Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS Di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018.



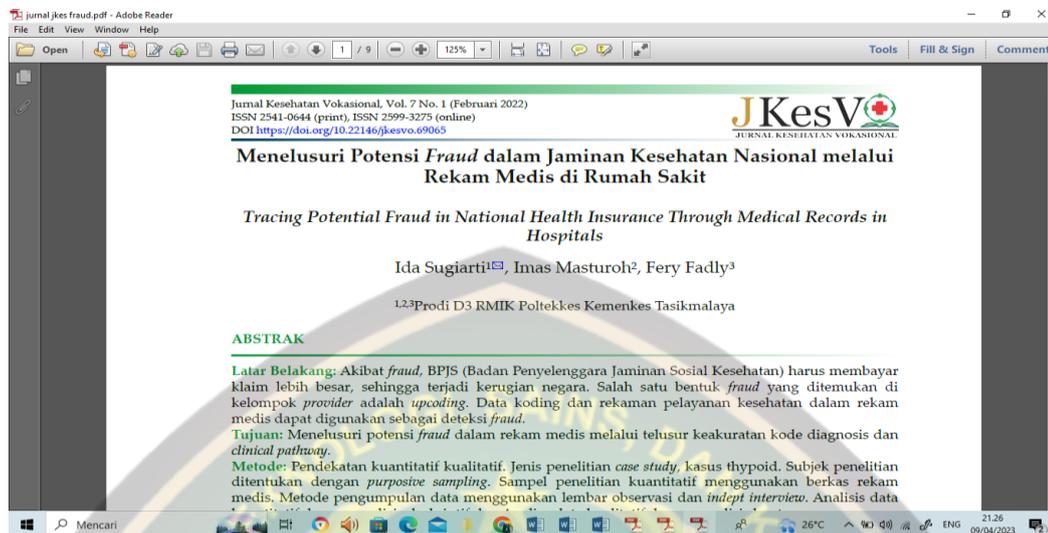
Artikel 9: Upcoding Medicare : Is Healthcare Fraud And Abuse Increasing?



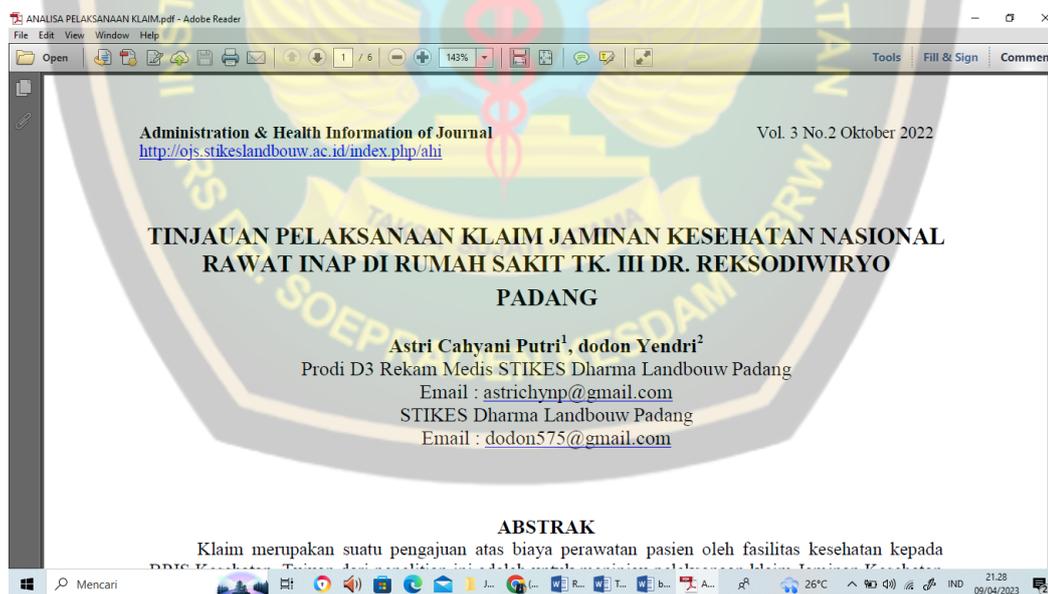
Artikel 10: Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura.



Artikel 11: Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit.



Artikel 12: Tinjauan Pelaksanaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Di Rumah Sakit Tk. Iii Dr. Reksodiwiryo Padang.



Lampiran 5 Pendokumentasian


 YAYASAN SAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
 INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
 RS DR. SOEPRAOEN
 PROGRAM STUDI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Jalan Sudirman Bandung nomor 22 Melayu 40137 Telp. (022) 251275 Fax. (022) 251271
 E-mail: rsdrsoepraoen@vibrw.ac.id www.vibrw.ac.id


LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama: Tria Sri N A.
 NIM: 202035
 Dosen Pembimbing: 1. Fitria Dina Prangmah, S.T., NPM
 2. Anni Anceya, S.Pa., NPM

Judul Karya Tulis Ilmiah: Lesetare Keban Fejan Masalah Perencanaan
Klasik PPS

No	Materi Bimbingan	Tanggal	Paraf
1	Konsultasi Awal	08/02/22	
1	Konsultasi Bab 1	13/02/22	
2	Konsultasi Bab 1	13/02/22	
3	Konsultasi Bab 2	25/02/22	
5	Konsultasi Bab 2	29/02/22	
6	Konsultasi Bab 1 & 2	6/03/22	


 INSTITUT TEKNOLOGI SAINS, DAN KESEHATAN
 RS DR. SOEPRAOEN KESDAM VIBRW
 TAKSA SUJATI UTAMA

Dipindai dengan CamScanner